

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

194

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

RAJCHENBACH Stanislaw

Né le 19 Janvier 1908 à Varsovie (Pologne)

Epidémiologie de l'encéphalite léthargique en Pologne

Président : Monsieur TANON, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas 17, — PARIS (V^e)

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

RAJCHENBACH Stanislaw

Né le 19 Janvier 1908 à Varsovie (Pologne)

Epidémiologie de l'encéphalite léthargique en Pologne

Président : Monsieur TANON, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas 17, — PARIS (V^e)
1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen G. ROUSSY

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales . . .	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie . .	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Cliniques des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GREGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologie	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	LÉON BERNARD.
Clinique de la tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiâtrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCOQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie	DE GAUDART D'ALLAINES.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiâtrie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHET Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLÉRY-RADOT.
Ophthalmologie	(Pasteur).
Obstétrique	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Obstétrique	VAUDESCAL.

III. — AGRÈGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTGERER
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÈGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique médicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	AUBERTIN.
Clinique médicale.....	BRULE.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	HARVIER.
	LIAN.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.
Clinique chirurgicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CADENAT.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	MOURE.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE FEMME

En témoignage de ma tendresse affectueuse et de ma reconnaissance pour son dévouement inexprimable.

A MES PARENTS

En hommage de leurs sacrifices.

A Monsieur le Professeur TANON

Professeur d'Hygiène et de Médecine préventive
Professeur à l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

Qui m'a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse. Hommage de mon
profond respect.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Clausen considère qu'il y a en Allemagne 20.000 sujets atteints par le parkinsonisme post encéphalitique. Le nombre de ces malheureux paraît être égal dans son pays voisin, la Pologne. Néanmoins la statistique exacte était difficile à dresser par suite des caractères cliniques de la maladie, qui prend souvent des formes atypiques. La pauvreté de symptômes ou bien leur richesse, gênaient considérablement le diagnostic surtout au début. En Pologne et surtout en province l'encéphalite léthargique fut reconnue dans une petite partie seulement des cas. Dans la majorité, cette affection passait pour une grippe banale ou compliquée, éventuellement pour une fièvre typhoïde ou pour une maladie fébrile. Dans les cas frustes on n'avait même pas eu recours au médecin. Higier de Varsovie rapporte que sur 51 cas étudiés par lui, on a diagnostiqué l'encéphalite à la période d'état, seulement chez 22 malades ; chez 23 malades on porta le diagnostic rétrospectif, 4 malades arrivèrent avec de faux diagnostics et deux malades se présentèrent sans aucune notion d'une maladie antérieure du cerveau. L'interrogatoire du malade et de son entourage, constitue le moyen le plus précieux pour faire le diagnostic rétrospectif de l'encéphalite chez un parkinsonien.

Si la maladie n'a pas été diagnostiquée à la période aiguë, il faut prendre en considération le caractère traînant de cette infection et sa coexistence en temps d'épidémie.

Marche des Epidémies

En 1917 Cruchet, Moutier et Calmette en France, von Eeonomo de Vienne ont décrit l'encéphalite épidémique. Netter en fait remonter l'origine jusqu'à Hippocrate, mais pratiquement c'était une nouvelle souffrance, car même les souvenirs de l'encéphalite pareille décrite en 1890 sous la dénomination de nona se sont effacés. L'épidémie qui apparut d'abord dans le midi de la France et ensuite en Autriche, s'est propagée en peu de temps dans toute l'Europe. En mars 1918, Netter signale cette maladie à Paris. L'hiver de 1918-1919 ramène une recrudescence notable. La maladie est signalée à Lyon, dans l'armée belge, en Algérie, à Athènes, aux Etats-Unis, à New-York, en Italie. En Angleterre, 283 cas sont déclarés pendant les trois mois de 1919. En Allemagne la première épidémie a débuté à Kiel et Hambourg au printemps 1918 et a duré jusqu'à l'hiver 1919 et un peu plus tard à Stuttgart. La seconde épidémie a commencé dans la Ruhr sur le Rhin et dans la ville libre de Gdansk. Contrairement à l'épidémie précédente cette épidémie s'est étendue pendant l'hiver 1920 sur tout l'empire.

Le fléau se propageant en Europe de l'Ouest à l'Est est apparu fortuitement en Pologne, apporté de Tchécoslovaquie. Actuellement la chronologie étant plus aisée à déterminer, on arrive à savoir que c'était plutôt une suite d'accidents locaux endémiques. Les premiers cas

assez frustes se sont déclarés dans les tranchées et à l'arrière de l'armée combattante dans les années 1916 et 1917. Ces accidents étaient notés, même décrits, mais non différenciés en une unité nosologique, par les médecins militaires.

Mais ce sont surtout les 3 épidémies suivantes qui provoquèrent la terreur dans les populations et éveillèrent l'attention du monde médical.

Le 17 février 1917 un cas se déclara à Varsovie chez un garçon de 13 ans. Ce fut le point de départ d'une petite épidémie qui se marqua par sa bénignité relative et sa faible extension. Dans la plus grande majorité de cas, la guérison obtenue a été complète. La seconde épidémie grave éclata en 1920 dont l'extension et la mortalité furent prononcées. Depuis le mois d'août 1921, des cas d'encéphalite léthargique ont été signalés, mais sans caractère épidémique. Après une période de calme relatif d'une année, une poussée épidémique s'est déclarée en 1922 et 1923. La propagation de la dernière épidémie en Pologne s'est effectuée de l'Occident vers l'Orient. Analogie avec la propagation de l'épidémie de 1920, quoique le phénomène n'y ait pas été si évident.

L'épidémie s'est éteinte à la longue. Le tableau de mortalité d'encéphalite léthargique prouve qu'il n'y avait pas à Varsovie d'épidémie en mai et juin 1926. Des cas isolés sont notés de temps en temps. D'après E. Flatau l'apparition dans les dernières années de petits foyers endémiques sous forme d'encéphalo-myélites, se trouve très probablement en rapport avec la grande épidémie d'encéphalite léthargique.

Malgré que l'épidémie se soit éteinte des cas sporadiques se déclarent de temps à autre. Certains cas ne se différencient pas de ceux observés pendant la grande épidémie. Mais on a observé aussi des cas qui s'en écartent beaucoup par un tableau clinique bien spécial. Flatau de Varsovie constate déjà en 1928 la présence de foyers épidémiques ou endémiques de formes se rapprochant de l'encéphalo-myélite disséminée. Ces formes atypiques d'encéphalite léthargique furent enregistrées à Varsovie et à Cracovie. Au mois de décembre 1930 et pendant les premiers mois de 1931 on a hospitalisé à Cracovie de nombreux malades rappelant par leur tableau clinique la description de Flatau. La maladie débutait subitement par des douleurs étrangement localisées ou bien par des parésies d'intensité variable voire même des paralysies. Quelquefois on a même constaté simultanément une paralysie faciale et des troubles de la vue unilatéraux. Dans certains cas, le malade accusait des soubresauts musculaires et des troubles du langage. La température se maintenait normale. Le sommeil était généralement calme. Rarement le malade était en proie à une insomnie tenace. Toutes ces manifestations étaient peu accentuées fugaces. Souvent le malade ne s'alitait pas, mais se plaignait d'algies pénibles et de parasthésies. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on voyait la maladie prendre une allure plus grave et se terminer par la mort.

Répartition

suivant les facteurs individuels

des sujets atteints

L'âge, le sexe, la race, le milieu social, influent sur la répartition.

D'après le tableau de Netter, l'âge des sujets le plus souvent frappés s'étend de trente à quarante ans (16 cas sur 50). Les chances d'infection augmentent irrégulièrement jusqu'à l'âge optima et décroissent ensuite. Malgré la rareté relative aux âges limites, cette affection est plus fréquente dans le bas âge par rapport à l'âge avancé. Suivant le tableau de A. Bessemans l'âge le plus frappé s'étend d'abord de 20 à 29, puis de 10 à 19 ans. Harris donne l'exemple de transmission héréditaire, par son observation, où il décrit un enfant qui naquit avec des myoclonies.

En Pologne on a remarqué que la maladie n'a épargné que les nourrissons et il faut ajouter que les moyens d'investigation ne permettent pas de poser le diagnostic dans ces cas. On a remarqué, comme pour la grippe, la prédominance entre 15 et 19 ans. On signala aussi des différences suivant le sexe. Pour les hommes le plus grand nombre de cas tombe de 30-39 ans ; pour les femmes de 15-39 ans. Cas le plus jeune: fillette deux ans, cas le plus âgé femme 72 ans.

Si on étudie la répartition de la maladie suivant le sexe on constate que le sexe masculin semble plus réceptif (122 hommes et 46 femmes d'après la statistique de Neal) ; la mortalité étant plus considérable cependant chez les femmes. La statistique nous confirme les mêmes constatations, concernant l'épidémie polonaise. En 1920, on nota en effet 723 hommes atteints sur 651 femmes. De même au mois de février de l'année 1923 on observa 68 cas chez les hommes et 54 seulement chez les femmes. A ce sujet citons les données statistiques de l'année 1920.

De 1 à 4 ans, on n'observa que l'atteinte de 28 fillettes.

De 5 à 14 ans, on observa l'atteinte de 12 petits garçons sur 112 cas de sexe féminin. De 15 à 19 ans, on nota 140 cas de sexe masculin sur 175 de sexe féminin.

De 20 à 29 ans, on nota 131 cas de sexe masculin sur 175 cas de sexe féminin. De 30 à 39 ans, on nota 190 cas de sexe masculin sur 54 cas de sexe féminin. De 40 à 49 ans on nota 104 cas de sexe masculin sur 26 de sexe féminin. De 50 à 59 ans, on nota 38 cas de sexe masculin sur 45 de sexe féminin. De 60 à 69 ans, on nota l'atteinte chez 28 vieillards seulement. Au-dessus de 70 ans, on constata l'atteinte chez 8 vieillards seulement. Par conséquent dans le sexe masculin : il y avait de 30 à 39 ans 26,1 pour cent d'atteintes. De 15 à 19 ans il y avait 19,3 pour cent d'atteintes. De 20 à 29 ans il y avait 18,1 pour cent d'atteintes. Quant au sexe féminin on tire les conclusions suivantes : de 15 à 19 ans il y avait 26,9 pour cent d'atteintes. De 20 à 29 ans pareil. De 5 à 14 ans, 19,8 pour cent d'atteintes,

Donc les observations polonaises confirment aussi la prédominance d'atteinte du sexe masculin, mais au moins degré que l'aït constaté Neal.

Aux éléments du même ordre, que nous étudions, il faut ajouter le rôle de la race. D'après Achard, parmi les diverses races on ne remarque pas une différence au point de vue de réceptivité particulière. En Pologne la statistique a prouvé d'abord que la race juive est moins résistante envers cette maladie que pour certaines autres affections. Sur 1.374 cas déclarés 848 chrétiens et 526 juifs ont été atteints, malgré que la population juive en Pologne ne dépasse pas 14 pour cent. Donc il faut admettre une prédisposition spéciale des israélites de Pologne pour cette affection, comme le spasme progressif de torsion et la maladie de Tay Sachs qui ne s'observent que chez les juifs. Il semble tout de même que l'explication de la fréquence de l'encéphalite épidémique chez les juifs, repose sur les constatations de prédisposition générale envers cette affection formulée par Browning.

Cet auteur affirme qu'à l'origine de la maladie, en dehors de toute cause infectieuse, on trouve le surmenage. L'auteur accuse surtout le manque de sommeil et les causes qui affaiblissent la résistance du système nerveux. De même il évoque l'action néfaste des toxines, l'habitude des drogues, le mauvais air, l'anxiété, le shock, les états de dépression mentale, les excès sexuels. Les médecins, les nurses, les étudiants qui veillent auraient une susceptibilité spéciale pour cette maladie. En développant ces conceptions, l'auteur explique la fré-

quence de la maladie dans les villes et l'atteinte prédominante des hommes.

Dans les deux sexes les antécédents nerveux personnels et les antécédents héréditaires doivent certainement ouvrir la porte à l'infection. Les idées citées sont très séduisantes et semblent répondre à la vérité, mais en Pologne on n'a pas noté de prédominance d'éclosion de la maladie, ni dans certains milieux ni au point de vue des classes sociales.

La Répartition dans le temps et suivant les agglomérations départementales

Depuis 1916 jusqu'à l'année 1925, la Pologne a été éprouvée, comme les autres pays de l'Europe, par les poussées épidémiques oscillatoires d'encéphalite léthargique. Cette maladie sévit de décembre à mars dans les statistiques en France pour l'année 1920. Netter constate la répartition saisonnière, plus de la moitié de cas sont apparus en décembre, janvier et février. Partout cette maladie se montra comme une affection « *a frigore* ». Nous verrons dans quelle mesure ce principe, s'appliqua en Pologne, lors de l'épidémie de 1920. En cette année on enregistra 1374 cas, dont nous allons décrire la répartition par rapport aux départements dans les différents mois. Au mois de mars on observa 104 cas : le département de Varsovie était le plus touché, on y nota 63 cas. Au mois d'avril on nota 730 cas, les départements les plus touchés furent Varsovie 314 cas, Varsovie ville (145 cas), Lodz 76 cas et Kielce 70 cas. Au mois de mai on nota 219 cas; les départements les plus éprouvés furent cette fois: Varsovie 49 cas, Bialystok 34 cas, Léopol et Cracovie à 32 cas. Au mois de juin on enregistra 443 cas dont 178 cas correspondent au département de Kielce et 22 cas à celui de Bialystok. Au mois de juillet on rapporta 83 cas

dont 30 dans Léopol, 12 dans Cracovie, 11 dans Varsovie et 8 dans Kielce. Au mois d'août on observa 51 cas dont 14 dans Cracovie, 12 dans Léopol et 11 à Léopol ville. Au mois de septembre on n'observa que 22 cas dans Léopol. Au mois d'octobre on n'observa que 2 cas dans Léopol et enfin en novembre on n'observa que 8 cas toujours dans Léopol. Rien au mois de décembre. On se rend bien compte que cette épidémie n'a pas été synchronique dans les différentes régions.

D'après les renseignements statistiques nous constatons que le maximum des cas déclarés correspond au mois d'avril dans Kielce, Lwow, Cracovie, Bialystok, mais juin et juillet dans Léopol.

Cette épidémie commença en hiver, le plus souvent au mois de décembre, atteignant leur maximum à la fin de cette saison. Tandis que la majorité de cas déclarés dans les départements de Poznan, de Cracovie et de Varsovie se produisirent dès la fin d'août 1922. L'ascension la plus haute de cette épidémie correspond à la fin de septembre et à la moitié d'octobre 1922, ensuite février 1923. Les chiffres de répartition précédemment cités nous permettent de suivre la dissémination, suivant les différentes régions. Les départements de Varsovie, de Kielce et de Léopol ont été beaucoup plus fortement atteints que les autres. Dans les départements même on a constaté certaines localités à forte proportion de sujets atteints. Dans le département de Varsovie: Sochaczew, Wloclawek, et Lowicz. Dans celui du Lodz: Pabjanice, dans celui de Lublin: Hrubieszow, de Bialystok: Bialystok, de Léopol: Sambor, Kolbuszowa. De Cracovie: Bochnia Mielec, de

Stanislawow; Stryj, de Tarnopol; Zloczow, Zbaran. Ces données semblent démontrer que les agglomérations n'ont joué aucun rôle dans la propagation de l'épidémie en Pologne. Cette constatation est nettement contradictoire aux observations faites à l'étranger. La Varsovie fut l'exception et l'on s'expliqua par le surpeuplement. En Suède on remarqua que la maladie frappe surtout la population rurale. L'hypothèse que la maladie a existé depuis longtemps dans les villes, sous des formes frustes expliquerait l'immunité relatives de ces villes.

Étude des Principaux Éléments épidémiologiques

Cette affection est frappante par la non propagation au voisinage immédiat du malade. Le degré de mortalité et la sévérité des formes cliniques traduisent la virulence morbide de l'épidémie. La maladie est peu contagieuse, Netter sur 114 familles dans lesquelles il a observé des cas d'encéphalite léthargique n'en signale qu'une qui ait compté deux malades. La contagion directe est rare mais possible, citons à ce propos le cas d'un pensionnat à Derby, où sur 21 personnes, 12 furent atteintes, dont 4 succombèrent. En Pologne furent aussi enregistrés des cas d'infection des personnes qui restaient au contact des malades. Dans plusieurs localités on nota de foyer de contagion de famille, de maison, de voisinage. Dans Chodecz (Kielce) père et fils. Dans Mielec (Cracovie) deux frères. Wloclawek: mère et enfant, dans Lodz frère et sœur. Kamienna deux voisins de la même maison. Lors de la seconde épidémie de 1922-23 dont la virulence fut plus faible on n'observa pas de foyer de contagion. On a noté toutefois un cas observé au mois de mars 1924 à Varsovie, où l'on a pu établir la contagion entre la mère, le nourrisson et la servante (Sterling).

Malgré son apparence bénigne la maladie a une extension souvent grande. Par opposition à la première épidémie de 1917, la seconde de 1920 se marqua par une

extension et mortalité élevées. Le plus grand nombre de décès correspond à l'acmé de l'épidémie. Les départements de Cracovie et de Tarnopol ont accusé une mortalité très prononcée de 40 % sur 60 et 62 cas. La mortalité totale étant moindre de 19,3 %.

En 1922 et 1923 la mortalité n'a pas dépassé 8 %, elle s'accrut à la dernière recrudescence de l'épidémie.

Nous allons maintenant interpréter les données statistiques concernant la mortalité de cette maladie en l'année 1920. En tout on nota 264 cas mortels. Au mois de mars on nota 43 cas mortels dont 23 correspondirent au département de Varsovie, 18 cas dans Varsovie ville. Au mois d'Avril on nota 148 cas mortels ; les départements les plus touchés furent : Varsovie (46 cas), Varsovie ville (28 cas), Lodz (14 cas), Cracovie et Stanislawow chacun à 12 cas mortels. Au mois de mai on nota 25 cas mortels dont 10 à Varsovie, 6 dans le département de Varsovie et 5 dans celui de Tarnopol. Au mois de juin on constata 16 cas mortels dont 8 dans le département de Bialystok et 4 dans celui de Léopol. Au mois de juillet on enregistra 26 cas mortels dont 12 dans le département de Cracovie, 8 dans celui de Bialystok et 4 dans celui de Tarnopol. Au mois d'août on n'enregistra que 6 cas dont 4 à Varsovie et deux dans son département. Ces exemples prouvent que la mortalité n'était bien élevée en Pologne. Il est intéressant de citer ici les chiffres de l'étranger. En Allemagne la mortalité s'élevait de 7,1 à 45 %. En Suède la mortalité globale était de 29,3 %. En Angleterre la létalité oscillait de 52 à 28 %. En Belgique en 1919 la mortalité atteignit 80 % chez les malades de 50 à 53 cas.

Cette statistique nous persuade du caractère changeant d'encéphalite léthargique, dont la gravité se montra différente au cours des épidémies successives.

En 1920 on distingua en Pologne trois types cliniques : oculo-léthargique, algique et troisième mixte. La forme oculo-léthargique correspondait à celle décrite par Von Economo. Le tableau clinique de la forme suivante se manifestait par des troubles algiques dans la nuque, dans la région intercostale, ou par un prurit violent. Les malades souffraient d'insomnies tenaces, interrompues épisodiquement par la somnolence. Quelquefois les psychoses dominaient la scène clinique, se traduisant par les idées de persécution, états dépressifs. Skoczynsky observa même une forme ressemblante au Korsakof. Plusieurs fois on nota l'herpès labial et des exanthèmes rappelant l'exanthème exsudativum (Orzechowsky). Cette constatation est intéressante vu les travaux de Levaditi confirmés par ceux de Szymanowski en Pologne sur l'origine commune de l'herpès et maladie de Von Economo.

Le plus souvent on observait la forme mixte, se manifestant tantôt par les algies, la pyrexie et l'état inconscient, ou par les symptômes psychiques avec la fièvre à l'issue fatale. A l'épidémie suivante on nota de nombreux cas du type mixte sans période névralgique. Progulski et Grøblowa enregistrèrent chez les enfants des formes noctambuliques, se caractérisant par la prédominance nocturne des symptômes. Les enfants paraissaient normaux pendant le jour, mais marquaient une agitation dans la nuit. Sylaba en Tchécoslovaquie a remarqué la fréquence de cette forme à l'âge prépubère.

On a observé en Pologne de nombreux cas atypiques. Certains malades avaient des manifestations spinales, surajoutées ou dominant le tableau clinique. Flatau décrit des cas rappelant la chorée rotatoire. Quelques cliniciens ont enregistré des cas rappelant le *delirium tremens*. Kœlichen rapporte des cas simulant le spasme progressif de torsion et enfin Sterling communiqua des cas évoquant le tétanos de la tête. En 1920 on observa à Cracovie quelques malades qui présentèrent le hoquet épidémique. On n'osa pas encore rapporter l'origine de ce syndrome à l'encéphalite épidémique. En 1921 à Varsovie on observa 27 cas de hoquet (dont quatre mortels) soit comme syndrome clinique précédant le développement ultérieur de l'encéphalite épidémique, soit comme syndrome prédominant. Au cours d'une des dernières recrudescence de l'épidémie on constatait fréquemment des troubles trophiques de la peau surtout, comme par exemple la Kératodermie palmaire. Pendant la dernière épidémie, Sterling à Varsovie a décrit le trouble du langage dénommé palilalie. « Ce symptôme a été découvert presque en même temps à Paris par P. Marie et G. Levy et est interprété comme une manifestation du parkinsonisme encéphalitique.

Au cours de la réapparition de l'épidémie en 1922 et 1923 on observa des rechutes provenant de l'épidémie précédente. Il est curieux de constater que cette fois-ci à l'intensité moindre de l'épidémie a correspondu aussi : l'affaiblissement des phénomènes hyperkynétiques.

Contrairement à l'année 1920, on remarqua l'intensité moindre et la rareté des troubles psychiques avec absence presque complète de psychoses proprement dites.

Plusieurs fois la maladie débuta par les symptômes du parkinsonisme.

En conclusion cette maladie a eu une grande dissémination en Pologne à l'époque comprise entre 1916-1925. Beaucoup de cas ne furent diagnostiqués qu'en période de séquelles. Si nous nous rendons compte que le parkinsonisme, commençant souvent quelques années après la maladie, peut durer et se développer pendant longtemps, nous comprenons aisément qu'il constitue actuellement un fléau social. Il est démontré que la multiplicité des tableaux cliniques chez les post-encéphalitiques est fonction des facteurs locaux, de la nationalité et de la race. Les prédispositions individuelles doivent aussi jouer un rôle. Kufner déclare que certains troubles psychiques, si fréquemment observés chez les enfants post-encéphalitiques, préexistaient à la maladie. L'auteur croit que ces troubles psychiques n'ont pas été déclanchés, mais la maladie les a rendus exubérants.

La symptômalogie du parkinsonisme au Japon ou aux Etats-Unis ne se superpose pas tout à fait, avec celle d'Angleterre, d'Allemagne.

A ce propos il est très utile de rapporter ici, le tableau de Higier de Varsovie.

Le tableau des manifestations du parkinsonisme post-encéphalitique.

Dans 51 cas cet auteur constata :

Manifestation en % :

Roue denté.....	98 %
Seborrhée.....	94 %
Palilalie	75 %

Douleurs thalamiques.....	64 %
Tremblement des mains.....	64 %
Tremblements des muscles péribuccales..	62 %
Sialorhé	60 %
Urobilinurie	60 %
Pro et rétropulsion.....	50 %
Crises oculogyres.....	14 %
Aménorhé	54 %

Rapports et Parenté de l'Épidémie étudiée avec les autres maladies

Les rapports de cette épidémie avec certaines affections attira aussi l'attention des cliniciens polonais. La grippe, la poliomyélite et l'encéphalite post-vaccinale, firent l'objet des discussions. Dans les différents pays, en Allemagne notamment, on croyait que l'encéphalite et la grippe étaient en rapport immédiat. En Italie, la poussée épidémique de la grippe était consécutive à celle de l'encéphalite. En Portugal c'est l'encéphalite qui a précédé l'influenza. En Pologne, on observa d'abord que l'épidémie d'encéphalite éclata au décours de celle de la grippe. Mais au cours de l'épidémie de 1922 et 1923, on remarqua en Pologne une discordance complète avec la grippe. Contrairement à la majorité des observations, on y nota la recrudescence de la grippe à l'époque qui correspondait à l'abaissement de la courbe de l'encéphalite épidémique. Donc il y a rarement coïncidence lorsque la grippe sévit l'encéphalite se cache. En Pologne on contribua à émettre la juste opinion que la grippe et l'encéphalite épidémique sont deux affections distinctes; l'épidémie précédente de grippe a pu seulement préparer un terrain.

Contrairement à la grippe qui sévit comme l'encéphalite en hiver, la seconde maladie à étudier, c'est-à-

dire la poliomyélite marque une affinité pour la saison chaude.

Ces deux ectodermoses neurotrapes ont quelques lignes communes, par exemple la faible contagiosité et la dissémination par les porteurs sains de germes. Nous avons mentionné déjà un point concernant l'antagonisme observé entre l'encéphalite et la poliomyélite. Ajoutons que le tableau de la mortalité de ces deux maladies en Angleterre d'après les âges, diffère totalement. Au-dessous de 10 ans il y a: 14,3 encéphalite sur 88,2 poliomyélite; de 20 à 40 ans: 15,2 encéphalites correspondent à 2 poliomyélites. En Pologne, pendant l'épidémie de 1920 et pendant les quelques années suivantes, on n'observa aucun cas récent de maladie de Hein Medin.

La parenté de l'encéphalite léthargique et de l'encéphalite post-vaccinale est une question d'actualité. L'encéphalite post-vaccinale n'est pas une maladie nouvelle, mais son apparition massive dernièrement soulève les discussions. Les premiers faits observés correspondent à la fin de l'épidémie d'encéphalite léthargique et étaient identifiés avec elle. Une grande somnolence observée suggéra cette hypothèse.

Les observations qui succédèrent démontrèrent que c'est une maladie autonome. Elle s'observe sous forme de petites épidémies dans les contrées non surpeuplées, attaque les enfants surtout jusqu'à 6 mois. L'allure est grave, après une semaine on observe soit la guérison, soit la mort dans 35 à 50 pour 100. En Pologne on a publié 4 cas d'encéphalite postvaccinale, mais vraisem-

blablement il y en avait davantage. Fränkenberg de Czestochowa relate deux cas non publiés. Il faut prendre en considération que la vaccination antivariolique peut déclancher la récidence de l'encéphalite léthargique. Mais il est possible que l'épidémie d'encéphalite léthargique ait diminué la résistance du système nerveux humain et l'ait rendu susceptible aux autres germes neurotropes. Par suite de ces considérations on a émis les vœux suivants :

1° Ne pas vacciner dans les pays où sévit une maladie nerveuse.

2° Diluer les vaccins.

3° Vacciner dans les courants des six premiers mois.

4° Ne pas vacciner les enfants qui ont passé l'encéphalite léthargique.

5° Pratiquer la vaccination dans le derme ou par voie sous-cutanée.

Prophylaxie de l'encéphalite épidémique

Browning considère que vu l'impuissance de notre traitement le mieux que nous puissions conseiller c'est la bonne hygiène. Cet auteur affirme que pendant l'épidémie cette maladie a épargné moins les sujets non soucieux de leur hygiène organique. C'est donc en évitant les causes prédisposantes que nous pourrions lutter contre l'épidémie d'encéphalite léthargique. Levaditi en France évoque aussi l'apparition de cette épidémie après la guerre, par suite de la fatigue, des privations et du surmenage. Rappelons qu'en Pologne les premiers cas ont été observés pendant la guerre, dans l'armée.

Notons aussi que peut-être en rapport avec les changements des conditions sociales, nous sommes témoins depuis une quinzaine d'années d'un accroissement continu et progressif des maladies du système nerveux.

Levaditi considère que le plus grand danger vient des porteurs sains de germes qui assurent la dissémination.

Il en tire une conclusion pratique, c'est qu'il faut supprimer les cultures de germes des porteurs sains. A cet effet il recommande l'emploi d'antiseptiques qui détruisent ce virus *in vitro*: permanganate de potasse, bleu de méthylène. Pour lutter contre cette épidémie on a institué la déclaration obligatoire dans les différents pays.

En Pologne la déclaration obligatoire n'a été décrétée que le 11 mars 1920. En février 1923, on convoqua à Varsovie une conférence spéciale au Ministère de la Santé publique. Les assistants ont déclaré l'inutilité d'isolement à cause de la grande diffusion du germe. On constata l'impossibilité de contrôle biologique de tous les habitants de la maison. On s'est aperçu qu'on ne peut pas imposer le traitement obligatoire à l'hôpital de même que l'isolement des porteurs de germes n'est pas réalisable. Néanmoins cette commission a émis les vœux suivants en outre de la déclaration obligatoire: 1° l'isolement des malades à domicile, 2° le traitement des malades dans les hôpitaux dans les services spéciaux, 3° la désinfection du naso-pharynx des personnes de l'entourage des malades ainsi que des objets à leur usage.

Comme nous l'avons déjà mentionné le grand danger de cette épidémie se déclara quelques années après son éclosion.

L'état actuel des milliers de victimes de l'encéphalite épidémique soulève les plus grands problèmes d'ordre humanitaire et social. Tout le monde est d'accord qu'il faut créer dans les établissements d'assistance publique des centres spéciaux d'encéphalite léthargique. Ces malheureux ont besoin d'une assistance douée avant tout d'indulgence et de patience extrêmes envers leurs infirmités physiques et psychiques, surtout si pénibles pour l'entourage. Les enfants post-encéphalitiques présentent en général de nombreux troubles psychiques, ils ont une influence néfaste sur la collectivité des autres enfants. Par conséquent il faut les élever et les éduquer dans les institu-

tions spéciales. Pour les adultes, pour ceux dont l'intelligence est intacte mais qui ont le caractère désorienté, pour les jeunes gens à instinct pervers, l'établissement d'éducation, de relèvement et de correction s'impose. Il faudrait aussi un refuge convenable pour les malades plus âgés qui sans pouvoir être admis dans des asiles d'aliénés, ont besoin d'un traitement et d'une surveillance spécialisés.

En Pologne la majorité de parkinsonins se trouve dans des conditions déplorables.

Même à Varsovie la plupart des services de neurologie n'hospitalisent plus ces malades, les qualifiant de sujets inguérissables et intolérables. Les malades indigents ne subissent aucun traitement et restent dans leurs familles qui ne se montrent pas toujours indulgentes envers eux. Quelquefois ces malades sont dirigés dans les hospices d'incurables, où ils mènent une existence comparable à celle de cadavres vivants. On a donc le devoir d'entreprendre une lutte plus énergique avec cette maladie. Chaque parkinsonien devrait au moins être traité dans un service hospitalier dans le cas où les symptômes s'aggravent. Même en dehors de ces périodes il devrait subir de temps en temps un traitement.

Le malade sera soulagé certainement et son moral notablement réconforté. Ce problème est très important, car il s'agit de milliers de parkinsoniens qui sont affectés d'incapacité totale ou partielle de travail. Toutes les médications connues ont été expérimentées en Pologne. D'après les observations faites à la clinique du professeur Halban à Leopold, l'atropine s'est montrée la plus efficace

comme palliatif. Pour instituer la dose optima d'atropine, le traitement doit être commencé dans une clinique, et le malade surveillé de près. D'après Stemplinger le malade doit y rester à cet effet 4-6 semaines. A la clinique de neurologie de Lwow on vient de créer un service de consultation, soit pour contrôler la dose optima, soit pour l'instituer avec beaucoup de précaution.

CONCLUSIONS

1° L'épidémie avait une extension beaucoup plus grande que ne le dénotent les statistiques. De nombreux cas n'ont été diagnostiqués qu'en période de sequelles. On peut admettre qu'il y environ 20,000 postencéphaliti-ques en Pologne.

2° La mortalité était de moyenne intensité et restait en relation avec les conditions locales, car dans certains départements elle s'accusait plus fortement.

3° Les groupements les plus denses, observés pendant l'épidémie ne correspondaient pas aux grandes agglomérations.

4° Le rôle du terrain et des causes prédisposantes en général, doivent être très importants dans la propagation de la maladie. En Pologne les Juifs étaient plus fréquemment atteints. On ne peut plus se refuser à admettre la contagion, mais il y a tendance à la surfaire. La théorie des porteurs sains de germes semble tendancieuse.

5° Vu le grand nombre relatif de postencéphaliti-ques en Pologne, il y a nécessité et devoir de créer des centres spéciaux à l'assistance publique pour soulager ces malheureux dans la mesure du possible et étudier cette maladie encore mystérieuse.

Vu : le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : le Président de Thèse,
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- W. STERLING. — Encéphalite léthargique en Pologne.
(*Bull. Office International d'Hygiène publique*, Paris, 1922, XIV, p. 815-823).
- W. STERLING. — Réapparition de l'encéphalite léthargique en Pologne. (*Bull. Office International d'Hygiène publique*, Paris, 1923, XV, 1052-1056).
- St. HIGIER. — Le diagnostic et traitement des états postencéphaliques (*Wiedza Lekarska* 1932, sixième numéro).
- E. FLATAU. — *Warz. Czas. Lek.* Nr. 44, 45, 46. 1928.
- St. TEPPA. — (*Polska Gazeta Lekarska*, Nr. 7, 1933).
- ACHARD. — Encéphalite épidémique.
- LEVADITI. — Ectodermoses neurotropes.
- BROWNING. — Un facteur étiologique et son importance dans la prophylaxie (*Bull. Office International d'Hygiène publique*, Paris 1925).

